

# Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

**A prática psicológica na Atenção Básica à Saúde: uma revisão de 30 anos de SUS**

**Psychological practice in Primary Health Care: a review of 30 years of SUS**

**Práctica psicológica en Atención Primaria de la Salud: una revisión de 30 años de SUS**

Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira<sup>1</sup> & Ana Ludmila Freire Costa<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte. *E-mail*: [fernandes.isa@gmail.com](mailto:fernandes.isa@gmail.com) *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0002-2153-762X>

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte. *E-mail*: [ana.ludmila@ufrn.br](mailto:ana.ludmila@ufrn.br) *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0003-0208-0756>

**RESUMO**

Objetiva-se aqui contribuir para construção de reflexões ético-políticas e referenciais teórico-técnicos para o trabalho do psicólogo no campo da Atenção Básica visto que, decorridos 30 anos desde a regulamentação do SUS, a prática psicológica neste contexto ainda figura como desafio. Para tanto, parte-se de uma ampla revisão sobre a construção e organização do SUS, analisando avanços e retrocessos da atenção à saúde brasileira na primeira parte. Depois, um breve resgate histórico da inserção do psicólogo neste campo fundamenta o debate sobre potencialidades e dificuldades atuais para seu trabalho na Atenção Básica. Conclui apontando que os avanços da Psicologia na Atenção Básica à Saúde decorrem do enfrentamento à agenda neoliberal e que, embora sejam operadores de uma política gerada no interior da ordem capitalista, deve-se buscar estratégias dentro e fora do SUS, que o radicalizem e o fortaleçam como mecanismo de emancipação política do seu público-alvo.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Psicologia da Saúde; Atuação do psicólogo; Políticas de saúde; Apoio matricial.

**ABSTRACT**

This study aims to contribute to the construction of ethical-political reflections and theoretical-technical foundations for the practices of the psychologist in Primary Health Care due to challenges toward the psychological practice in this context, even after 30 years of the SUS regulation. It begins with a broad review about the construction and organization of SUS, analyzing advances and setbacks in Brazilian health care. Then, a brief historical review of the psychologist insertion in this field prepares the debate on current potentialities and difficulties of its work in Primary Health Care. It concludes by pointing out that the advances in Psychology in Primary Health Care are due to the confrontation of the neoliberal agenda and that, although being professionals surrounded by the capitalist order, it is necessary to seek strategies inside and outside SUS, aiming to radicalize and strengthen it as a mechanism for political emancipation of its users.

**KEYWORDS:**

Health Psychology; Psychologist performance; Health Care Policy; Matrix Support.

**RESUMEN**

El objetivo es contribuir a la construcción de reflexiones ético-políticas y fundamentos teórico-técnicos para la práctica del psicólogo en Atención Primaria ya que, 30 años después de la normativa del SUS (Sistema Único de Salud), la práctica psicológica en este contexto permanece todavía como un desafío. Se parte de una revisión amplia acerca de la construcción y organización del SUS, analizando los avances y retrocesos de la atención a la salud brasileña en la primera parte. Luego, una breve revisión histórica de la inserción del psicólogo en este campo, la cual es la base del debate sobre las potencialidades y dificultades actuales de su trabajo en Atención Primaria. Se señala que los avances de la Psicología en la Atención Primaria de Salud son debido al enfrentamiento de la agenda neoliberal y que, los profesionales aunque rodeados por una política de orden capitalista, deben vislumbrar estrategias dentro y fuera del SUS, con el objetivo de radicalizarlo y fortalecerlo como mecanismo de emancipación política de sus usuarios.

**PALABRAS CLAVE:**

Psicología de la Salud; Actuación del Psicólogo; Política De Salud; Matriz de Soporte.

*Informações do Artigo:*

Ana Ludmila Costa  
[ana.ludmila@ufrn.br](mailto:ana.ludmila@ufrn.br)

Recebido em: 06/11/2020  
Aceito em: 04/05/2021

A inserção de profissionais de Psicologia na Saúde Pública brasileira data antes mesmo da instauração do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, apesar de haver registros de uma inserção pontual e assistemática em momentos anteriores, foi somente a constituição desse sistema unificado em 1990 que possibilitou a entrada maciça dos profissionais da área neste campo.

A ocupação desse espaço, contudo, não representou, de imediato, uma atuação pautada pelas especificidades do contexto e do público atendido. Estudos como os trabalhos de Boarini (1996), Dimenstein (1998), Oliveira et al. (2004) e Vasconcelos (1999), conduzidos ao longo desses primeiros anos, já criticavam a manutenção do modelo clínico-biomédico, distante das demandas postas pelas classes populares.

Decorridos 30 anos desde a regulamentação do SUS, o cenário parece ser diferente. Se os referenciais teórico-técnicos para o trabalho do psicólogo no campo da Atenção Básica ainda não estão consolidados e amplamente disponíveis nos cursos de formação graduada, a necessidade de sua construção e adoção é consensual. E isso vem acontecendo tendencialmente. Esse primeiro passo, apesar de tímido, é essencial para as mudanças necessárias no modelo de atuação neste contexto.

Este escrito propõe-se como uma contribuição à continuidade dessas mudanças. Para tanto, seu percurso teórico parte de uma ampla revisão sobre a construção e organização do SUS e, depois, empreende uma análise sobre os avanços e retrocessos da atenção à saúde brasileira na primeira parte. Na segunda seção, considerando um breve resgate histórico da inserção do psicólogo neste campo, são discutidas as potencialidades e dificuldades atuais para o seu trabalho na Atenção Básica.

### **30 Anos de SUS: A Dialética Entre a Garantia de Direitos e o Capitalismo Barbárie**

A análise histórica da evolução das políticas de saúde brasileiras, mostra que essas estratégias refletem uma lógica de intervenção do Estado que era comum a todas as outras esferas daquilo que se convencionou como setores alvo da política social no Brasil (Previdência Social, habitação, educação, emprego e renda, entre outras). Se o governo Vargas (1930-1945 e 1951-1954) foi marcado pela institucionalização de um aparato legal e de uma infraestrutura administrativa para a área da saúde, a ditadura militar (ou o período de Autocracia Burguesa, nas palavras de Florestan Fernandes (1975a) adotou um modelo de expansão e controle por parte do Estado da prestação dos serviços de saúde, sem deixar de privilegiar a participação estrangeira no mercado interno, incentivando, portanto, o crescimento da indústria de medicamentos e dos seguros-saúde. Tal incentivo se associou a uma separação entre saúde pública e serviços de assistência médica, culminando num modelo de atenção que desestimulou a procura por parte de setores da classe média que podiam pagar por seguros ou planos de saúde privados. Desde esse período se caracteriza uma política pública de saúde excludente com operacionalização precária e voltada para um contingente populacional subalternizado. (Donnangelo, 1975; Luz, 1979).

Ao fim da década de 1970, o modelo de saúde defendido e incentivado durante a ditadura começou a dar sinais de esgotamento e crise, resultado de alguns fatores, em especial, a ineficiência da prática médica

dominante em alterar o perfil da morbimortalidade, principalmente no tocante às medidas de caráter preventivo. Outro aspecto contribuinte para o declínio e modelo de saúde foi a gestão baseada em superposições, além da ausência de coordenação e de controle unido à conseqüente redução da eficácia e eficiência da ação governamental em virtude do alto grau de centralização, isso somado, ainda, à fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde (Teixeira, 1995; Vasconcelos; 1997). Nesse mesmo período, as universidades assumiram um protagonismo importante nos estudos que denunciavam as condições de saúde da população e gestaram as ideias para as reformas no setor. De acordo com Fernandes (1975b), por seu caráter essencial de ruptura com a ordem vigente, as universidades passam a ser o principal local de contestação do governo autoritário.

A instalação da “Nova República” criou condições para modificações nas políticas sociais do governo, que assumiu o discurso de resgate da dívida social. A fase de transição é um intercurso no qual o país atravessa uma fase de reestruturação em suas bases políticas com a ocupação de cargos eletivos por políticos de esquerda, reorganização dos movimentos civis e a constatação do fracasso dos governos militares. É, contudo, ainda nos primórdios do governo Geisel, tendo por marco o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, que as políticas públicas adquirem as características que irão influenciar as transformações da década de 1980. Assiste-se à ascensão dos ideais democráticos defendidos, inclusive, pelo primeiro governo civil-democrático após mais de 20 anos de ditadura militar (Vasconcelos, 1997).

Embora considerada a década perdida sob a perspectiva econômica, os anos de 1980 viram retornar com grande impacto uma série de movimentos sociais que cobravam do Estado a responsabilidade pelos efeitos da falência do “milagre econômico”. Dentre esses merece destaque para a discussão aqui empreendida, o movimento pela Reforma Sanitária que, não só denuncia as condições precárias de saúde da população brasileira como também pressiona por mudanças no sistema da saúde brasileiro de forma a torná-lo mais democrático, com mais qualidade e equidade. A Reforma Sanitária impôs um novo paradigma em saúde pautado pela responsabilização do Estado e contra o intenso incentivo à Medicina liberal e privatizante do período anterior. (Cohn, 2008).

A crise do modelo de saúde ultrapassava as fronteiras institucionais e, com a distensão, os movimentos sociais, a essa altura já reorganizados, demonstravam claramente sua insatisfação revelada em propostas para reverter o curso tomado pelos militares. Paim (2012) aponta que o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, foi uma das experiências mais significativas nesse sentido, ao buscar absorver as orientações acerca da atenção primária em saúde incrementando, portanto, a oferta de serviços ambulatoriais básicos às populações excluídas, especialmente na região Nordeste do país.

A criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, em 1979, reforçou o papel dos núcleos de pesquisa e constituiu um espaço de organização da prática acadêmica, fazendo crítica ao modelo assistencial e propondo sua reorganização (Barros, 1997; Rêgo, 2002). As propostas da ABRASCO vieram na esteira de outros movimentos internacionais que propunham uma maior democratização do acesso a um novo modelo de saúde que enfatizava os cuidados primários, a saúde nos territórios e o papel do Estado no seu provimento. Exemplo desses movimentos foi a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) realizada em Alma Ata, Rússia, em 1978. (Dâmaso, 1995).

Nos anos 1980, a crise financeira da previdência assumiu proporções alarmantes, o que levou à criação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE)– e do Conselho Nacional de Administração Previdenciária (CONASP), cujo objetivo seria a ampliação dos cuidados básicos em saúde a partir da criação de uma Rede Nacional de Serviços Básicos de Saúde. A partir desses planos foi implementada a política das Ações Integradas de Saúde – AIS, visando níveis de articulação institucional que viabilizassem ações mais eficientes e eficazes (Marques & Mendes, 2007; Noronha & Levcovitz, 1994).

As Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>3</sup> criaram a infraestrutura da rede de serviços básicos de atenção à saúde, ampliando, desse modo, a extensão da capacidade ambulatorial. Tal rede foi fundamental para o desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização. Apesar de sua importância, não conseguiram romper com o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização decisória. Apesar

---

<sup>3</sup> Destaca-se que os registros de psicólogos atuando em equipamentos de saúde pública de mais baixa complexidade marcam as AIS como ponto de início das práticas psicológicas no campo.

das dificuldades, em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) – marco do movimento da Reforma Sanitária – cujo relatório final apresenta uma proposta de estatização progressiva do sistema e de implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os brasileiros (Vasconcelos, 1997).

Vários foram os pontos destacados na Conferência, mas a criação do SUS, sob a responsabilidade do Estado no provimento, financiamento e gestão, e pautado por uma concepção de saúde como resultante das condições materiais de existência das pessoas, sem dúvida, foram os grandes avanços resultantes dos esforços reformistas. O relatório final da conferência continha, ainda, o núcleo ideológico central que traduzia as expectativas sobre o papel do Estado em relação à saúde, além de políticas adjacentes que deveriam garantir tais condições. Assim, na 8ª CNS, a definição de saúde se contrapõe ao saber clínico-biológico dominante, fundamentando-se na determinação social do processo saúde-doença, e tem no Estado o principal responsável pelo seu provimento. A saúde, segundo o novo conceito proposto e em seu sentido mais abrangente, “é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 1987, p. 382).

Após a 8ª CNS, a ênfase na tendência descentralizadora ganha mais força e, graças à conotação política que o debate centralização/descentralização assume, em 20 de julho de 1987, através do Decreto nº 94.657, o presidente da República José Sarney cria os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Paralelamente ao desenvolvimento do SUDS no âmbito do Executivo, na esfera Legislativa outro movimento tentava incluir os princípios da Reforma Sanitária contidos no relatório final da 8ª CNS na nova Constituição brasileira. A articulação política em torno da proposta do movimento sanitário abrangia, além de seus representantes, uma aliança forjada com parlamentares progressistas de esquerda ou centro-esquerda, o movimento sindical e alguns setores do movimento popular.

Esta intensa mobilização serviu como forma de pressão política que culminou com a alteração da legislação federal, cujo principal reflexo se deu com a inclusão de um capítulo específico da Constituição de 1988 dedicado à saúde, no qual ela aparece como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, artigos 196 e 197).

O modelo SUS, regulamentado em 19 de setembro de 1990, é considerado um dos mais democráticos do mundo, e não seria diferente, já que repousa suas raízes na reestruturação das políticas de saúde de Cuba após a revolução de 1959. Seguindo uma lógica racionalizadora, o SUS deve atentar-se às necessidades dos usuários, priorizando segmentos populacionais ou uma agenda de saúde definida pelo Governo Federal, respeitando as peculiaridades regionais. Os objetivos gerais norteadores das ações do SUS referem-se à identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, à formulação de política de saúde destinada a promover – nos campos econômico e social – o disposto anteriormente e, ainda, à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir da realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas (Cordeiro, 1997).

Após 30 anos de implantação, não há dúvida de que o SUS representou um avanço na construção de uma política que visa à justiça social e que está assentada em organizações estatais, buscando articular uma ampla rede de atenção à saúde. Não obstante esse esforço, o contexto histórico de implementação e desenvolvimento do sistema foi bastante desfavorável. Embora com objetivos inovadores e democráticos, aspectos relevantes do modelo não são implantados ou são desvirtuados (Campos, 2007).

Segundo Paim (2013), a implementação do ideário neoliberal nos anos 1990 induz a retrocessos na implementação do SUS. De proposta baseada na universalização do sistema, passam à cena de debate um leque de perspectivas que acirram a crise na saúde, dentre elas, a maior participação do setor que deveria atuar de forma suplementar no sistema, o caso, os serviços privados de saúde. Essa diretriz enfraquece o já combatido sistema especialmente pelo desvio de incentivos que deveriam ir para o SUS e que se destinaram ao setor privado. A renúncia de Fernando Collor de Melo, grande implementador da agenda neoliberal em seu governo, parece reverter o quadro de desincentivo ao SUS (Yamamoto & Oliveira, 2010).

Itamar Franco assume a presidência em bases diferentes e com o discurso de fortalecer a proposta aprovada na Constituição Federal. Mesmo com a expansão da Atenção Básica em sua gestão, o SUS ainda era inacessível para um leque de pessoas, as mais pobres e residentes em lugares de grande espraiamento territorial, ou seja, as que mais precisavam dele. Assim, embora idealizado para ser o único sistema de saúde brasileiro, acessado por todos, independente de classe social, o SUS nunca alcançou tal objetivo.

Na tentativa de chegar a essa população, em 1994, cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente reestruturado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerado reorganizador da atenção básica, o PSF passa a ser a porta de entrada no SUS e focaliza a população das chamadas áreas de risco: comunidades extremamente pobres e distantes. De acordo com Oliveira (2005), nos anos de 1994 e 1995 são criadas mais de 1.000 equipes de saúde da família. Com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, a linha de gestão não se altera substancialmente e, como é característico no Brasil, reformas constitucionais ajustam projetos reformistas ao pensamento neoliberal e a estratégia de reorganização da atenção básica compete, em termos de financiamento, com a capacitação de recursos humanos e gestão, com os altos investimentos na alta complexidade e com a má gestão dos serviços municipalizados. No período entre 1998 e 2002 segue a expansão da oferta de equipes de saúde da família na Atenção Básica, mas com muitas dificuldades em garantir a universalidade e integralidade.

A eleição, em 2003, do representante do Partido dos Trabalhadores, parecia sinalizar uma tendência de maior investimento no SUS. Entretanto, não houve maior financiamento do que em governos anteriores. O governo Lula da Silva segue a mesma linha compensatória na saúde pública, direcionando seus maiores esforços ao combate a pobreza, objeto de trabalho da Política de Assistência Social. É preciso considerar, contudo, que, apesar da timidez e até da regressividade no financiamento da Saúde, os governos petistas foram sensíveis à implementação de alterações em políticas específicas, democratizando-as, ajustando-as às demandas dos movimentos de representação de parcelas da população tidas como minoritárias, como é o caso das mulheres, da população em situação de rua, da população LGBT<sup>4</sup>, da saúde mental, entre outras (Duriguetto & Demier, 2017).

Em 2007, o PSF cobre 56,8% de brasileiros, o que estimula sua transformação em Estratégia de Saúde da Família (ESF), e não mais Programa, para a organização e fortalecimento de toda a Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Em 2010, a ESF possuía 31.974 mil equipes com cobertura de mais de 100 milhões de brasileiros em 5.285 municípios. A mortalidade infantil foi reduzida em 60% quando

---

<sup>4</sup> Atualmente LGBTQI+



comparada ao ano de 1990. O SUS é líder em financiamento público para transplante de órgãos, excelência em programas de imunização e, ainda, atendia, à época, 184 mil pacientes soropositivos por meio da distribuição gratuita de medicamentos. Em 2011, passa a distribuir gratuitamente medicamentos para controle de hipertensão e diabetes. Entretanto, ainda possui desafios a enfrentar que tomam corpo nos embates por uma política democrática *versus* a desresponsabilização do Estado pelo seu provimento.

Na tentativa de incrementar o escopo das ações de Atenção Básica, em 2008 são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de fortalecê-la, aumentar sua abrangência e resolubilidade, apoiando a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (Portaria nº 154, 2008). Os NASF devem atuar diretamente junto às ESF, compartilhando práticas em saúde e fornecendo-lhes apoio e suporte em seu território de abrangência. Um destaque dos NASF em suas doze áreas estratégicas, é a incorporação de ações previstas na reforma psiquiátrica, a exemplo, do Apoio Matricial, do Projeto Saúde no Território e do Projeto Terapêutico Individual. A Saúde Mental emerge assim como um campo prioritário inserido nas ações de atenção básica. Da mesma forma, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, regulamentadas em 2006, se disseminam nos NASF, mostrando novas possibilidades do cuidado em saúde, num modelo diferente daquele centrado nas especialidades médicas (Yamamoto & Oliveira, 2010).

Recentemente, na esteira dos diversos retrocessos que predominaram no mandato ilegítimo de Michel Temer, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram promovidas a partir de uma portaria aprovada em setembro de 2017. A reformulação é reiteradamente criticada não apenas pelo teor da legislação, como também pela superficialidade do debate, que desconsiderou a participação popular, a produção científica e os estudos técnicos na área, um dos pilares do SUS. A nova PNAB entrou em vigor, por exemplo, sem passar pela aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No que diz respeito ao conteúdo da proposta, a principal mudança foi o rompimento da centralidade da ESF como organizadora do SUS, a partir da instituição de financiamento específico para outros modelos que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde (Portaria nº 2.435, 2017).

Além deste ataque direto à Atenção Básica, a gestão Temer tomou outras medidas que provocam rebatimentos na gestão, financiamento e demandas ao SUS. Destacam-se entre elas a Emenda Constitucional (EC) nº 95 (2016), conhecida como PEC da Morte ou do Teto dos gastos públicos e a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467, 2017). Em linhas gerais, pode-se afirmar que a EC rompe o pacto social firmado com a Constituição Federal de 1988, ao limitar as despesas primárias do orçamento público à variação inflacionária durante 20 anos, reduzindo os gastos sociais em porcentagem per capita (por pessoa) e em relação ao PIB, à medida que a população cresce. Ao passo em que a EC enfraquece os investimentos em políticas sociais centrais, fragilizando toda a rede de proteção social, a Reforma Trabalhista agudiza as condições de saúde da população brasileira trabalhadora. Ao promover mudanças significativas na Consolidação das Leis do Trabalho, sob o falso argumento de combater o desemprego e a crise econômica no país, o que se vê é intensificação dos processos de precarização do trabalho, ampliação da terceirização e desproteção social ao trabalho em favor do grande capital. Costa, Costa e Cintra (2018) e Lacaz (2019) apresentam reflexões necessárias para compreender o impacto desta (contra) reforma na saúde da classe trabalhadora.

No que diz respeito ao cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, apesar das permanentes dificuldades para a implementação de uma política centrada na substituição do modelo hospitalocêntrico e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, até 2015 era possível construir consensos políticos necessários para assegurar tal proposta, chegando a Política Nacional de Saúde Mental a diversificar os seus objetivos, como por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias para lidar com as dependências de álcool e outras drogas (Almeida, 2019).

Contudo, medidas tomadas pelas gestões federais a partir de 2016 romperam com a lógica original da Reforma Psiquiátrica. Destaca-se a Portaria nº 3.588 (2017) do Ministério da Saúde que promove mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em direção ao fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e aos serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada sem qualquer diálogo com a sociedade. Dois anos depois, o Governo Bolsonaro acentuou esse cenário, publicando uma Política Nacional sobre Drogas (por meio do Decreto nº 9.761, 2019) que destrói a Política de Redução de Danos, coloca a abstinência como foco (caracterizando uma abordagem

proibicionista das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas), insere as Comunidades Terapêuticas como instituições de internação e tratamento no âmbito das políticas de saúde e retém o ritmo de implantação de serviços de base comunitária.

Bravo e Pelaez (2020) são precisos ao apontar que, no governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, repetindo a sua tática para o conjunto da gestão. Entretanto, a população brasileira ainda sofreria maiores ataques na gestão seguinte. Como apontam Giovanella, Franco e Almeida (2020), as mudanças assistidas no modelo assistencial da APS em tão curto período do Governo Bolsonaro apontam “ameaças à multiprofissionalidade das equipes, prioridade ao pronto atendimento e enfraquecimento do enfoque territorial comunitário” (p. 1478), o que evidencia o redirecionamento da política de saúde contra os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

Apenas para citar uma ação, em 2019, o Ministério da Saúde propôs a “Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde”. Centrada no modelo assistencial com ênfase no cuidado individual oportuno, menciona de forma frágil a ação dos Agentes Comunitários de Saúde, não privilegia a rede regionalizada, serve à lógica de contratualização de serviços privados, denota uma concepção restrita de APS e, por isto, sofreu intensas críticas da academia e movimentos sociais, incluindo o Conselho Nacional de Saúde (Giovanella et al., 2020).

Num balanço geral da evolução do SUS, especialmente em seu período de implantação, Campos (1997) apontava três formas de produção de serviços de saúde no Brasil: um bloco neoliberal, hegemônico nas relações estruturais concretas, mas com certo grau de dissonância com a legislação sanitária – um projeto de saúde subordinado ao SUS, com fundamentação legal, mas sem efetividade em termos de práxis social – e ainda um terceiro projeto, racionalizador, que lança mão de conceitos e terminologias que embasam as propostas do SUS, mas que permanece, na prática, partidário do neoliberalismo.

Com o incremento da produção neoliberal dos serviços de saúde no país, os ecos dos movimentos sociais da década de 1980 – que propunham um modelo de saúde em consonância com os princípios democráticos defendidos a duras penas pelos setores progressistas e pelos movimentos de esquerda – estão cada vez mais distantes, uma vez que a pressão por um enxugamento do Estado se faz sentir na saúde pública (Paim, 2013). No contexto ainda mais recente, no qual se destaca a exacerbação dos efeitos da crise estrutural e mundial do capital,

adiciona-se uma crise sanitária, provocada não pela pandemia da COVID-19, mas pela inabilidade do governo em preparar o sistema público de saúde para o manejo do contágio pelo vírus no país. Há tempos que a comunidade científica do campo das doenças infecciosas alerta que o advento de novas pandemias não é uma questão de “se”, mas de “quando” irá ocorrer. Os desafios a serem enfrentados em escala planetária em função da COVID-19 (velocidade de disseminação, pouco conhecimento sobre o vírus, elevada mortalidade em populações vulneráveis) somam-se ao contexto de profunda desigualdade social, às populações vivendo em condições precárias de habitação e impossibilitadas de se manterem em distanciamento social, aos recursos no âmbito da saúde precários, às recomendações contraditórias das autoridades nos diversos níveis de governo (mais baseados em convicções do que em provas científicas) e à ausência de dados confiáveis sobre transmissão, contaminação e mortalidade. Essas particularidades provocaram no Brasil a impressionante quantidade de mais de 3 milhões de infectados e mais de 120 mil mortos pela COVID-19 em setembro de 2020 (Werneck & Carvalho, 2020).

Esse cenário nefasto ainda tem outras adições. Uma delas são os efeitos que o distanciamento social, a perda do trabalho ou a precarização extra do mesmo, além da necessidade de se manter o emprego, frequentando o ambiente laboral em risco, maximizando, portanto, os efeitos que o medo da contaminação e da morte vêm provocando na vida das pessoas. Essas questões “de saúde mental” têm convocado profissionais do campo, com destaque para os psicólogos, para opinarem, manejarem e fornecerem suporte e alívio para o sofrimento resultante desse “novo normal”. Mas esse chamado à Psicologia para atuar no campo da saúde pública não é fato novo, pelo contrário, ele existe *pari passu* à organização do próprio SUS, quando, no contexto de um movimento amplo de reorganização de forças democráticas, esses profissionais se articularam a outros grupos atuantes em segmentos de representação localizados nas entidades sindicais, profissionais e políticas no cenário das lutas sociais e, posteriormente, se agregaram ao movimento dos trabalhadores da saúde (Bock, 1999; Vasconcelos, 1999). Tratemos, então, desse assunto.

### **A Psicologia na Política Pública de Saúde: Uma Nova Configuração para o “Sujeito Psicológico”?**

Depois de quase 60 anos de regulamentação da profissão de psicólogo, é possível avaliar sua inserção e desenvolvimento em campos variados como inevitáveis. Entretanto, a marca que segue a profissão ainda se

mostra presente e aponta para uma parte da Psicologia que assume um projeto societário conservador, liberal e pacificador, de um lado, e de outro, uma Psicologia que busca se reinventar por meio de novos acordos, parceiras, produção de conhecimento para a efetivação de um projeto de transformação social. Esse projeto convive com a história de uma Psicologia que durante muitos anos contribuiu com instrumental teórico e técnico para controlar, segmentar e ajustar sujeitos, de forma a atender a um projeto de desenvolvimento nacional empreendido nos anos de chumbo. Esse projeto, diga-se, não foi superado e nem está para sê-lo. Pelo contrário, ele recrudescer de tal forma que retorna a defesa de práticas da Psicologia à imagem de semelhança daquelas consideradas de tortura, como por exemplo, internação compulsória, exame criminológico, aplicação de eletrochoque etc. Mas a guinada para uma Psicologia com o discurso do compromisso social teve apoio e incentivo das entidades de representação da categoria (instâncias de caráter científico, profissional, sindical e estudantil, a exemplo da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia-ABEP, Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia-ANPEPP e Federação Nacional dos Psicólogos-FENAPSI) que, por meio de posicionamentos políticos claros a favor de uma práxis política em defesa dos subalternizados, encamparam reflexões e críticas sobre os modelos de atuação profissional e pressionaram por mudanças (Bock, 2003; Oliveira, 2005; Yamamoto & Oliveira, 2010).

As mudanças supracitadas já aparecem no campo da saúde pública, ainda na década de 1980, o que culmina, junto com a reforma do Estado brasileiro, na absorção de psicólogos nos seus quadros, com a perspectiva de ações diferentes do que havia para a categoria. De uma participação pontual em hospitais psiquiátricos e serviços ambulatoriais de saúde mental, os psicólogos cresceram em número ao ponto de só não ultrapassarem os médicos sanitaristas em contratação nos anos 1980 (Oliveira, 2005). Apesar dessa expressividade, Bock (1999) denuncia que a clínica nos moldes tradicionais, de consultório privado, com adaptações ao contexto ambulatorial foi a grande referência de atuação durante muitos anos.

Como afirma Oliveira (2005), o ingresso efetivo dos psicólogos na saúde pública deu-se em virtude de sua vinculação e participação nas propostas por uma reforma psiquiátrica. Essa entrada tem como marco a estruturação das AIS já mencionada, que previa a existência de equipes mínimas de saúde mental em unidades ambulatoriais de saúde. Para a Psicologia, segundo a autora, se vislumbrava uma mudança nos rumos de sua

história na direção de um compromisso com reais necessidades da população brasileira, em especial, com a classe trabalhadora e com a democratização da sociedade, de maneira a ampliar o mercado sem perder de vista as lutas dos trabalhadores e da sociedade civil. A categoria tenta se organizar em torno de suas entidades para debater sobre esse e outros desafios relacionados à prática. O modelo clínico de atendimento é apontado como inadequado, pois, ancorado que é no modelo biomédico, não acompanhava nem a proposta de um novo modelo de saúde pública, nem as discussões sobre a relevância social da Psicologia.

Por outro lado, e contraditoriamente, Bettoi (2003) afirma que, foi justamente esse modelo que abriu espaço para os psicólogos na saúde pois a crença de que psicoterapia e psicologia são sinônimos não pairava apenas no interior da profissão. Daí a reorientação do trabalho na atenção básica contava com as atividades que psicologizavam problemas sociais, pautadas por um sujeito psicológica abstrato, a-histórico e cuja subjetividade estava descolada da sociedade. Em tal contexto, a reivindicação por um trabalho na vertente não mais apenas em saúde, mas em saúde pública toma força, especialmente, a partir de 1984. Ao se fortalecer a luta pela participação da Psicologia na saúde pública, o Conselho Federal de Psicologia reúne as principais conclusões de debates realizados por conselhos regionais e sindicatos do país numa minuta cujo título já revela parte de seu conteúdo: “A atuação do psicólogo na promoção da saúde” (Bock, 1999). O texto aponta direções para a atenção psicológica no sistema público e reflete a preocupação dos conselhos e sindicatos em relação à definição de um modelo de trabalho para os psicólogos na área da saúde. Entretanto, a referência para o trabalho ainda era a saúde mental.

Os representantes da categoria sabiam que muito se fazia necessário mudar para que a atuação psicológica na saúde pública tivesse resultados significativos na melhoria das condições de vida da população. Havia a percepção de que ao psicólogo,

para ampliar o seu espaço e sua contribuição social, não basta o conhecimento das teorias psicológicas, mas, pelo contrário, é preciso criticá-las, criticar nossos instrumentos, nossa visão de homem e de mundo. Além disso, é preciso assumir a dimensão política de sua atuação profissional e o alcance de nossas intervenções (Bock, 1999, p. 102).

Após a efervescência da 8ª CNS, inicia-se, no ano seguinte, a Assembleia Constituinte com a devida

representação da Psicologia através de suas entidades. A luta antimanicomial ganha espaço no país e entre os psicólogos, sob a bandeira “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Pressiona-se, então, para a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Vasconcelos, 1999).

Nas entidades representativas da Psicologia, das quais destaca-se a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), acirram-se as críticas à profissão: concentração nos consultórios, atividades pouco diversificadas, problemas na formação, mercado estreito, incipiência em pesquisa e escassez de psicólogos no serviço público. A categoria busca redefinir sua imagem social, mas tal imagem é reflexo da ação profissional e depende, portanto, do tipo e abrangência dos trabalhos oferecidos à sociedade. Segundo Vasconcelos (1999), no período em que a doutrina neoliberal se consolidava no país, a partir do governo Collor de Mello (1990-1992), os psicólogos ainda se detinham em lutas corporativistas. O psicólogo como profissional de saúde mental vai se tornando consensual, contudo, na prática, os serviços representaram apenas a porta de entrada do psicólogo nos serviços de saúde pública. Suas atividades não se restringiram à saúde mental, ao contrário, postos de saúde, hospitais gerais e especializados e unidades básicas de saúde foram locais em que os psicólogos atendiam demandas variadas que abrangiam queixas escolares e atendimento a grupos específicos (mulher, idoso, gestantes, crianças etc.), sem foco na saúde mental.

Antes restrito às instituições ambulatoriais e hospitalares, o psicólogo foi absorvido pelas Unidades Básicas de Saúde em virtude de um projeto que incorporava novas categorias profissionais para um atendimento interdisciplinar, com apreensão do usuário de maneira integral e integrada. Eis o grande desafio para nós psicólogos. Enraizados no atendimento clínico tradicional, profissionais da Psicologia já enfrentavam dificuldades na implantação da rede substitutiva em saúde mental graças, em parte, à sua inabilidade com as ideias da reforma psiquiátrica. Embora frequentemente associados a estes serviços, os psicólogos não estavam preparados para atuar em qualquer frente que não tivesse na psicoterapia a atividade principal (Oliveira, 2005).

Apesar do apoio e da participação na luta antimanicomial, mediante a sistematização e divulgação de novas abordagens e experiências, cursos de capacitação profissional, entre outros. Tais mudanças ainda não surtem efeito em grande parte do contingente de profissionais e nas agências formadoras que continuam a privilegiar a formação clínica tradicional. Como consequência de tal tipo de formação e cultura profissional, os

psicólogos que adentraram a rede pública experimentaram uma completa inadequação aos novos serviços e, até mesmo, aos antigos, tendendo a desenvolver, nos serviços ambulatoriais, o padrão de prática a que estavam acostumados (Boarini, 1996; Dimenstein, 1998, 2000; Vasconcelos, 1999).

Yamamoto e Oliveira (2010) avaliam que a entrada dos psicólogos na saúde pública deveu-se muito mais a fatores extrínsecos do que intrínsecos à profissão. A falência do “milagre econômico” com a consequente redução da demanda por serviços psicológicos nos consultórios privados (já que a classe média, grande usuária dessa modalidade, estava empobrecida) e a abertura democrática com a reforma do Estado que abriu campo para outras especialidades ingressassem na política pública de saúde foram os grandes responsáveis pela migração de profissionais para a referida política. Ao institucionalizar a profissão, os psicólogos assumem que sua função social estava cumprida por propiciarem às camadas mais baixas o acesso à psicoterapia (Yamamoto & Oliveira, 2010). É preciso considerar também que a pressão por respostas e a expectativa de uma atuação nos moldes clínicos fez com que os psicólogos se voltassem para as atividades que, de alguma forma, eram próprias da profissão, que a diferenciava das demais, a saber, a aplicação de testes psicológicos e a psicoterapia, predominante em qualquer espaço de atuação, independente da demanda (Borges-Andrade, Andery, Bastos, Guzzo, & Trindade, 2015).

Os primeiros clamores pela disseminação da prática psicológica entre as camadas mais pobres da população tinham a convicção intrínseca de que a presença de psicólogos em instituições que atendessem essas camadas representaria a democratização da profissão e da própria atuação do psicólogo. Com o passar dos anos, a atuação na Atenção Básica de Saúde levou à constatação da ineficiência, à demanda não assistida crescente, à cronificação e psicologização de problemas advindos, sobretudo, de condições materiais de existência, trazendo, assim, de volta – não para a categoria como um todo, mas para alguns segmentos dela – a perspectiva do papel e do compromisso social da profissão. Não se pode esquecer que a tal crise de relevância social da Psicologia, que só alguns anos depois reverberou na prática profissional, veio na esteira de projetos de caráter emancipatório em desenvolvimento na América Latina, a exemplo da Psicologia da Libertação el salvadorenha de Ignacio Martín-Baró, da Psicologia Comunitária venezuelana de Maritza Montero, da Psicologia Social em Movimento de Silvia Lane e das ideias de Paulo Freire com sua Pedagogia do Oprimido. Todas essas correntes



se desenvolveram em meio e, de certa forma, como enfrentamento a processos repressivos intensos implementados por regimes ditatoriais que acabaram por impactar de forma ampla várias categorias profissionais, incluindo a Psicologia (Lacerda, 2013).

Entretanto, somente nos anos 2000, as discussões iniciadas ainda na década de 1980 começaram a se refletir na prática dos psicólogos a partir, sobretudo, da estruturação das equipes NASF em 2008 e da regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial em 2011 (Oliveira et al., 2017).

No que se refere à composição do NASF, ao passo em que possibilita o reconhecimento da possibilidade de uma atuação psicológica na Atenção Básica, não configura de fato, um local definido para o psicólogo na promoção e prevenção em saúde, já que fazem parte da equipe mínima de saúde da família, como profissionais de saúde de nível superior, apenas o enfermeiro e o médico (clínico geral). A participação de psicólogos nas equipes do NASF, afinal, acaba por reforçar seu papel de especialista, ainda que na Atenção Básica. Conforme Böing e Crepaldi (2010), isto é um reflexo do desconhecimento e indefinição, por parte de gestores, demais profissionais de saúde, psicólogos e seus representantes, das possibilidades de contribuição da Psicologia no que se refere aos aspectos essenciais que caracterizam um trabalho de vigilância, de qualificação e regulação do trabalho em promoção de saúde. Em 2017, com a Portaria nº 2.436 que prevê alterações na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o termo passa a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e amplia a abrangência das equipes NASF para todos os serviços da AB além da ESF.

Como pontuado brevemente, o NASF possibilitou a incorporação mais sistemática de processos de trabalhos ancorados em modelos de saúde diferentes do biomédico. A Clínica Ampliada, o Acompanhamento Terapêutico, o Projeto Terapêutico Singular, o Apoio Matricial, a Humanização, as Práticas Integrativas e Complementares, entre outras, são propostas que têm em sua base um conceito de saúde como resultante de condições materiais de existência e, sendo assim, necessitam de um cuidado no território, valorizando o saber e a participação popular. O destaque que o Apoio Matricial assumiu foi de tal monta que, inicialmente vinculado à Saúde Mental, passou a ser referência por vários outros profissionais dos NASF como estratégia que melhor se adequa à função de suporte assumida pelo serviço. Todavia, as pressões internas e externas ainda colocam clínica psicoterapêutica como ferramenta de trabalho primordial e que confere “identidade” aos psicólogos nos

serviços de saúde, o que levanta questões acerca do porquê uma ciência e profissão que se ampliou de tal forma, ainda mantém um único processo de trabalho como central. Ademais, diversos impasses na efetivação do Apoio Matricial como estratégia de trabalho são vivenciados: lógica dos serviços ainda pautada no modelo hegemônico biomédico, dificuldade dos profissionais, de adotar essa metodologia de trabalho e desvalorização do AM pelos gestores e trabalhadores de saúde (Moro, Ferreira & Rocha, 2020).

Quanto ao impacto da regulamentação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011 na atuação do psicólogo na Atenção Básica, as ações estão relacionadas ao evoluir da Reforma Psiquiátrica que, mais que propor reformas na saúde mental, criou um corpo teórico/prático que tem subsidiado o trabalho. Como fruto dessa evolução, as RAPS se voltam para o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A estruturação dessas redes tem por base a lógica territorial e permite localizar os diversos equipamentos e programas nos quais atuam os psicólogos (Moro et al., 2020).

Entretanto, como apontam Costa e Mendes (2020), não é possível desconectar a evolução da política de saúde pública e de saúde mental do cenário mais amplo do capitalismo neoliberal, que, a partir de 2016 revela sua face mais perversa e impõe mudanças denominadas de contrarreformas. Especialmente no campo da saúde mental, observa-se claramente a reversão dos princípios da Reforma Psiquiátrica, um retorno às propostas manicomiais com franco incentivo do mercado privado de prestação de serviços hospitalares. Esses últimos voltam à cena ao serem incorporados à RAPS, desvirtuando completamente seu objetivo de ser uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Tal iniciativa caminhou junto com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (Decreto nº 9.761, 2019), e a Lei sobre Drogas (Lei nº 13.840, 2019), que centralizam o cuidado a usuários de álcool e outras drogas nas Comunidades Terapêuticas (CTs), com a abstinência como horizonte único do cuidado e fragilizando todo o esforço anterior de implementação da Política de Redução de Danos. Essas medidas reverberam nas proposições de uma atuação psicológica pautada exclusivamente pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial e revelam claramente a face *política* do debate em torno da saúde (Costa & Mendes, 2020).

O consenso quanto à necessidade de avanços na atuação do psicólogo na AB é patente, sendo urgente a

interligação entre as redes assistenciais atuantes visando a promoção de um cuidado integral ao usuário. Além disso, Giovanella et. al. (2020) apontam que as dificuldades persistem no que diz respeito aos princípios e diretrizes que são essenciais para a efetividade da política de Atenção Básica, muito distantes dos referenciais teóricos e técnicos hegemônicos nos cursos de graduação. O SUS conforme preconizado exige processos de trabalho fortemente baseados em demandas territorializadas, pautados pela matricialidade sociofamiliar (centralidade da família como núcleo fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços), dependentes do trabalho em equipe multiprofissional, organizados segundo uma lógica do trabalho articulado em rede intersetorial e metodologias baseadas no fortalecimento de vínculos comunitários, com a construção de novas formas de relação entre as pessoas da comunidade, mobilização coletiva e participação popular. A fim de superar tais desafios, algumas estratégias se fazem urgentes, das quais propõem-se, aqui, as seguintes como prioritárias.

Primeiro, é preciso atentar para os tensionamentos gerados no interior da política de saúde e desvelar suas determinações. Ao analisar a história de constituição do SUS, vê-se claramente que ela caminha alinhada ao cenário político e econômico brasileiro, com destaque para o que se debateu como pauta prioritária do SUS em diferentes momentos históricos, seu financiamento, gestão e controle. Sendo assim, tal como nos encontramos em uma crise estrutural do capitalismo que, sob a justificativa de contenção de seus efeitos reduz investimento em política social, temos a citada crise sanitária, que aponta o SUS como um grande sistema, apesar do baixo investimento. Um profissional dessa política não pode estar alheio a esse cenário e deve assumir um posicionamento político a ele, em defesa do SUS e dos seus princípios doutrinários. Esse posicionamento não diz respeito apenas à categoria de psicólogos, mas sim, como trabalhador. Sendo trabalhador, nada mais esperado do que assumir uma perspectiva que defende sua própria classe no interior do aparelho estatal.

Em segundo lugar, em um nível mais particular, é preciso continuar a investir na formação graduada e pós-graduada do psicólogo, tendo em vista que a Psicologia é uma profissão em disputa e que comporta diversos e divergentes projetos societários. Sabemos que a construção de um projeto ético-político de compromisso com as classes subalternas não é algo consensual na profissão; mas é preciso certo consenso com relação a princípios elementares que traduzem um compromisso ético (e não moral) com a prática profissional e seu público-alvo.

### **Para Não Finalizar**

Os fatos discutidos até aqui não pretendem retirar o mérito de várias iniciativas para incrementar os processos de trabalho no SUS e, especialmente, as contribuições que a Psicologia vem fornecendo nesse espaço. As discussões levantadas ressaltam, essencialmente, a dinâmica societária característica da sociedade de classes que se reproduz no interior das políticas de Estado ou governamentais. O que a Psicologia avançou, em termos formativos, práticos e científicos decorre de uma adequação ou de um enfrentamento a esse cenário no conjunto de um movimento mais amplo de contestação à agenda neoliberal e seus desdobramentos em diversas esferas da vida social. Continuamos sendo uma ciência e profissão em disputa – é preciso reafirmar –, mas já atentamos para algumas peculiaridades do trabalho institucionalizado do psicólogo, reflexo exatamente dessa condição. Ao adentrarem as instituições de saúde, os psicólogos passam a vender sua força de trabalho e abrem mão da “autonomia” inerente ao exercício liberal. Encontram-se agora sob o domínio de um empregador que dispõe dos meios necessários à efetivação dos programas e projetos de trabalho. Embora mantenha certa liberdade teórica, técnica e ético-política na condução de suas atividades, em última instância, tal condição depende dos meios e recursos que não são de propriedade dos psicólogos e suas diretrizes são ditadas pelas políticas sociais públicas, relações de poder institucional, prioridades políticas estabelecidas pelas instituições, recursos humanos disponíveis, pressões sociais etc. Todos esses fatores são condições e veículos da realização de qualquer trabalho institucional, ou seja, são elementos constitutivos do processo de trabalho e não apenas agentes “externos” que influenciam a prática profissional.

Outro aspecto é o tipo de demanda que o psicólogo passa a administrar no sistema público de saúde. Apesar de já mencionada anteriormente, a mudança da clientela de nível socioeconômico mais elevado para uma que se encontra no âmbito da “questão social” em suas múltiplas manifestações, não é impactante apenas em virtude das diferenças nas queixas ou do ambiente em que se desenvolvem as ações. Tal mudança causa impacto na medida em que o psicólogo não conhece a população a quem dirige os seus serviços, seja em suas condições materiais e subjetivas, seja nas expressões que a “questão social” assume. O conhecimento da realidade social sobre a qual irá incidir a ação transformadora do trabalho é pressuposto da ação; o desconhecimento de tal aspecto do trabalho contribui, segundo Iamamoto (1998) para que “... o profissional

deixe de ser sujeito de suas ações e consciente dos efeitos que elas possam provocar nos processos sociais” (p. 101).

Portanto, das considerações anteriores conclui-se que não há um processo de trabalho único e homogêneo dos psicólogos, seja na saúde pública, seja em outras instituições ou como profissionais autônomos. Na verdade, o que determina o trabalho do psicólogo em suas diferentes vertentes são as particularidades de vários processos de trabalho nos quais se insere o seu fazer. Esse mosaico atribui feições, limites e possibilidades ao exercício profissional quando associado àquelas características intrínsecas do processo de trabalho dos psicólogos que atuam nas instituições de saúde.

Por fim, atuar no contexto da saúde pública deve implicar a assunção de que, embora operadores de uma política gerada no interior da ordem capitalista, devemos buscar estratégias dentro e fora do SUS, que o radicalizem e o fortaleçam como mecanismo de emancipação política do seu público-alvo.

## Referências

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: O que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00129519. doi:10.1590/0102-311X00129519.
- Barros, M. E. D. (1997). Política de Saúde: A complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: A. M. Canesqui (Org.), *Ciências sociais e saúde* (pp. 113-133). São Paulo: Hucitec.
- Bettoi, W. (2003). *Natureza e construção de representações sobre a profissão na cultura profissional dos psicólogos*. (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental). Recuperado de <https://repositorio.usp.br/item/001387731>
- Boarini, M. L. (1996). A formação necessária do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 1(1), 93-132.
- Bock, A. M. (1999). Superando as concepções tradicionais: O ponto de vista das entidades. In A. M. Bock (Org.), *Aventuras do barão de Münchhausen na psicologia* (pp. 77-167). São Paulo: EDUC/Cortez.
- Bock, A. M. B. (2003). *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. doi:10.1590/S1414-98932010000300014
- Borges-Andrade, J. E., Bastos, A. V. B., Andery, M. A. P. A., Guzzo, R. S. L., & Trindade, Z. A. (2015). Psicologia brasileira: Uma análise de seu desenvolvimento. *Universitas Psychologica*, 14, 865-880. doi:10.11144/Javeriana.upsy14-3.pbua
- Bravo, I. S., & Pelaez, E. J. (2020). A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *Ser Social*, 22(46), 191-209. doi:10.26512/ser\_social.v22i46.25630
- Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da Reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Supl.), 1865-1874. doi:10.1590/S1413-81232007000700009.
- Cohn, A. (2008). La reforma sanitaria brasileña: La victoria sobre el modelo neoliberal. *Medicina Social*, 3(2),

- 87-99. Recuperado de <https://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/201>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília: Senado.
- Cordeiro, H. A. (1997). O conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: A. A. Filho, & M. C. S. Minayo (Orgs.), *Saúde, trabalho e formação profissional* (pp. 41-61). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa, B. S. C., Costa, S. S., & Cintra, C. L. D. (2018). Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(1), 109-117. doi:10.5327/Z1679443520180097
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2020). Contribuição à crítica da economia política da contrarreforma psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44-59. doi:10.18315/argumentum.v12i2.28943
- Dâmaso, R. (1995). Saber e Práxis na Reforma Sanitária - Avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: S. F. Teixeira (Org.), *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria* (pp. 61-90). São Paulo: Cortez.
- Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. (2019). *Aprova a Política Nacional sobre Drogas*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#:~:text=Promover%20a%20estrat%C3%A9gia%20de%20busca,das%20drogas%20l%C3%ADcitas%20e%20il%C3%ADcitas](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#:~:text=Promover%20a%20estrat%C3%A9gia%20de%20busca,das%20drogas%20l%C3%ADcitas%20e%20il%C3%ADcitas).
- Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. (1987). *Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94657.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.657%2C%20DE%2020%20DE%20JULHO%20DE%201987.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20do,que%20lhe%20confere%20o%20art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D94657.htm#:~:text=DECRETO%20No%2094.657%2C%20DE%2020%20DE%20JULHO%20DE%201987.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20do,que%20lhe%20confere%20o%20art).
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 95-121. doi:10.1590/S1413-294X1998000100004
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121. doi:10.1590/S1413-

294X1998000100004

- Donnângelo, M. C. F. (1975). Estado e Assistência Médica. In: M. C. F. Donnângelo, *Medicina e Sociedade - O médico e seu mercado de trabalho* (pp. 1-46). São Paulo: Pioneira.
- Duriguetto, M. L., & Demier, F. (2017). Democracia blindada, contrarreformas e luta de classes no Brasil contemporâneo. *Argumentum*, 9(2), 8-19. doi:10.18315/argum..v9i2.17066
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. (2016). *Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)
- Fernandes, F. (1975a). *A revolução burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fernandes, F. (1975b). *A universidade brasileira: Reforma ou revolução?* São Paulo: Alfa-Omega.
- Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1481. doi:10.1590/1413-81232020254.01842020
- Iamamoto, M. (1998). Trabalho e Serviço Social: O redimensionamento da profissão ante as transformações societárias recentes. In *O Serviço Social na contemporaneidade: Trabalho e exercício profissional* (pp. 83-148). São Paulo: Cortez.
- Lacaz, F. A. C. (2019). A (Contra) Reforma Trabalhista: Lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores [Editorial]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 680. doi:10.1590/1413-81232018243.01452019
- Lacerda, F. Jr. (2013). Capitalismo dependente e a Psicologia no Brasil: Das alternativas à psicologia crítica. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 3, 216-263. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5895413>
- Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. (2017). *Adequa a legislação às novas relações de trabalho*. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm)
- Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019. (2019). *Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do*



- financiamento das políticas sobre drogas*. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs).
- Luz, M. T. (1979). *As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marques, R. M., & Mendes, A. (2007). Democracia, saúde pública e universalidade: O difícil caminhar. *Saúde & Sociedade, 16*(3), 35-51. doi:10.1590/S0104-12902007000300005
- Ministério da Saúde. (1987). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)
- Moro, L. M., Ferreira, G. S., & Rocha, K. B. (2020). Saúde mental na atenção básica: Análise das práticas de apoio matricial na perspectiva de profissionais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 2*, 399-420. doi:10.12957/epp.2020.52563
- Noronha, J. C., & Levcovitz, E. (1994). AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In R. Guimarães, & R. A. W. Tavares (Orgs.), *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80* (pp. 73-111). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Oliveira, I. F. (2005). *A psicologia no sistema de saúde pública: diagnóstico e perspectivas* (Tese de doutorado não publicada). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, I. F., Amorim, K. M. O., Paiva, R. A., Oliveira, K. S. A., Nascimento, M. N. C., & Belo, R. P. N. (2017). A atuação do psicólogo nos NASF: Desafios e perspectivas na atenção básica. *Temas em Psicologia, 25*(1), 291-304. doi:10.9788/TP2017.1-17Pt
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Formação acadêmica e prática profissional. *Interações, 9*(17), 71-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35401705>
- Paim, J. S. (2012). Atenção primária à saúde: Uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate, 36*(94),

- 343-347. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JYWNGPwpd8wnc97Zdz8H65N/?lang=pt>
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. doi:10.1590/0102-311X00099513
- Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008). *Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF*. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017) *Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado de <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria-gm-ms-no-3588-de-21-de-dezembro-de-2017>
- Rêgo, A. C. F. D. (2002). *A difícil institucionalização de gestões participativas: os Conselhos Municipais de Saúde*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Teixeira, S. F. (1995). *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 9-24. doi:10.1590/S0102-37722010000500002
- Vasconcelos, C. P. (1997). *Atores e interesses na implantação da reforma sanitária no Rio Grande do Norte* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Vasconcelos, E. M. (1999). Mundos Paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública nas duas últimas décadas. In: A. M. Jacó-Vilela, F. Jabur, & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-Psychê: Histórias da Psicologia no Brasil* (pp. 121-147). Rio de Janeiro: UERJ.
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00068820. doi:10.1590/0102-311X00068820